WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP) es ofrecido por Boston Medical Center Health Plan, Inc.

Aviso anual de cambios para 2024

Usted está actualmente inscrito como miembro de WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP). El próximo año habrá cambios en los costos y beneficios del plan.

Este documento le informa acerca de los cambios en su plan. Para obtener más información sobre los cambios, beneficios o reglas, consulte la *Evidencia de cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web wellsense.org/sco. También puede revisar la *Evidencia de cobertura* adjunta para averiguar si hay otros cambios de beneficios o costos que lo afectan. Además, puede llamar a Servicios para miembros para pedirnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura* por correo.

¿Qué debe hacer ahora?

1. **PREGUNTE:** ¿Qué cambios le corresponden a usted?

☐ Revise los cambios en nuestros beneficios para saber si le afectan.

- Revise los cambios en los costos de atención médica (médico, hospital). Como miembro usted paga $0 por el plan WellSense Senior Care Options Plan (HMO D-SNP).
- Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidos los requisitos de autorización y los costos.
- Considere cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos. Como miembro usted paga $0 por el plan WellSense Senior Care Options Plan (HMO D-SNP).

☐ Revise los cambios en la "Lista de medicamentos" de 2024 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente sigan cubiertos.

☐ Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, tales como farmacias, estarán en nuestra red el próximo año.

☐ Piense si está satisfecho con el plan.

2. **COMPARE:** Infórmese sobre otras opciones de plan

☐ Revise la cobertura y los costos de los planes en su área. Use el Buscador de planes de Medicare en www.medicare.gov/plan-compare o revise la lista en la parte posterior del manual *Medicare y usted 2024*.

☐ Después de seleccionar un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

3. **ELIJA:** Decida si desea cambiar su plan

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2023, permanecerá en WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP).
- Si desea **cambiarse a un plan diferente**, puede hacerlo del 15 de octubre al 7 de diciembre. Su nueva cobertura entrará en vigencia el **1.° de enero de 2024.** Esto dará por finalizada su inscripción con WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP).
- Consulte la página 8 de la sección 4 para obtener más información sobre sus opciones.
- Si recientemente se mudó a una institución (como un centro de enfermería especializada u hospital de atención a largo plazo), vive actualmente en una o acaba de mudarse de allí, puede cambiar de plan o cambiar a Medicare Original (ya sea con o sin un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado) en cualquier momento.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en otros idiomas.
- Comuníquese con nuestro número de Servicios para Miembros al 855-833-8125 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (Los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., del 1 de octubre al 31 de marzo). Las llamadas a estos números son gratuitas.
- Este documento puede estar disponible en otros formatos como el braille, en letras grandes u otros formatos alternativos. Para obtener información adicional, llame a Servicios para Miembros al 855-833-8125.
- **La cobertura de este Plan califica como cobertura de salud calificada (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y la Ley de Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de

Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS), en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Sobre WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP)

- WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP) es un plan HMO con un contrato con Medicare Advantage y un contrato con el Programa de Medicaid de la Comunidad de Massachusetts/Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos. La inscripción para WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP) depende de la renovación del contrato. WellSense Senior Care Options (HMO SNP) es un programa voluntario de MassHealth (Medicaid) en asociación con la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid. El plan también tiene un acuerdo escrito con el programa de Medicaid de *Massachusetts* para coordinar sus beneficios de Medicaid.
- La ley federal le exige a MassHealth que recupere dinero de los patrimonios de ciertos miembros de MassHealth de 55 años o más, y de aquellos de cualquier edad que estén recibiendo atención a largo plazo en una residencia para ancianos u otra institución médica. Para obtener más información sobre la recuperación patrimonial de MassHealth, visite www.mass.gov/estaterecovery.
- Cuando en este documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro” se refiere a Boston Medical Center Health Plan, Inc., conocido como WellSense Health Plan. Cuando se dice “plan” o “nuestro plan,” se refiere a WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP).

H9585_MASCO_ANOC_DSNP_2024_M SP

Aviso anual de cambios para 2024
Índice

Resumen de costos importantes para 2024 ..... **5**

SECCIÓN 1 A menos que elija otro plan, se lo inscribirá automáticamente en WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP) en 2024 ..... **6**

SECCIÓN 2 Cambios para el próximo año **6**

Sección 2.1. – Cambios en la prima mensual 6

Sección 2.2 – Cambios en su monto máximo de desembolso directo 6

Sección 2.3 – Cambios en la red de proveedores y farmacias 7

Sección 2.4 – Cambios en los beneficios de los servicios médicos 8

Sección 2.5 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D 11

SECCIÓN 3 Decidir qué plan elegir **12**

Sección 3.1 – Si quiere permanecer en WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP) 12

Sección 3.2 – Si desea cambiarse de plan 12

SECCIÓN 4 Cambiar de planes **13**

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoría gratuita sobre Medicare y Medicaid **14**

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados **15**

SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas? **15**

Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP) 15

Sección 7.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare 16

Sección 8.3 – Cómo recibir ayuda de Medicaid 17

Resumen de costos importantes para 2024

La siguiente tabla compara los costos de 2023 y 2024 de WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios**. Si califica para recibir asistencia con el costo compartido de Medicare en virtud de Medicaid, usted paga $0 por su deducible, visitas al consultorio del médico y hospitalizaciones como paciente hospitalizado.

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
Prima mensual del plan	*$0*	*$0*
Visitas al consultorio del médico	Visitas de atención primaria: *$0* por visita Visitas a especialistas: *$0* por visita	Visitas de atención primaria: *$0* por visita Visitas a especialistas: *$0* por visita
Hospitalizaciones	*$0*	*$0*
Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (Consulte la sección 2.5 para obtener más detalles).	Deducible: *$0*	Deducible: *$0*
Monto máximo de desembolso directo Esto es lo máximo que pagará de desembolso directo por la cobertura de sus servicios de la Parte A y la Parte B.	*$0*	*$0*

SECCIÓN 1 A menos que elija otro plan, se lo inscribirá automáticamente en WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP) en 2024

Si no hace nada para cambiar su cobertura en 2023, lo inscribiremos automáticamente en WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP). Esto significa que a partir del 1 de enero de 2024, obtendrá su cobertura médica y de medicamentos recetados a través de WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP). Si desea cambiar de plan o cambiar a Medicare Original y obtener su cobertura de medicamentos recetados a través de un Plan de medicamentos recetados, debe hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. El cambio entrará en vigor el 1 de enero de 2024.

SECCIÓN 2 Cambios para el próximo año

Sección 2.1. – Cambios en la prima mensual

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
Prima mensual *Sin cambios* (También deberá seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare, a menos que la pague MassHealth [Medicaid] por usted).	*$0*	*$0*

Sección 2.2 – Cambios en su monto máximo de desembolso directo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten el importe de desembolso directo para el año. Ese límite se llama monto máximo de desembolso directo. Una vez que alcance esta cantidad, generalmente no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B durante el resto del año.

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
Monto máximo de desembolso directo **Dado que nuestros miembros también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan este máximo de desembolso directo.** No debe pagar ningún costo de desembolso directo que se considere para el monto máximo de desembolso directo para los servicios de la Parte A y Parte B.	$0	$0

Sección 2.3 – Cambios en la red de proveedores y farmacias

Los directorios actualizados se encuentran en nuestro sitio web, en wellsense.org/sco. También puede llamar al departamento de Servicios para Miembros para obtener información actualizada sobre proveedores o farmacias, o para pedir que le envíen un directorio por correo, que le enviaremos en un plazo de tres días hábiles.

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el *Directorio de proveedores* 2024 para averiguar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red**.

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. **Revise el Directorio de farmacias de 2024 para averiguar qué farmacias están en nuestra *red*.**

Es importante que sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, médicos, especialistas (proveedores) y farmacias que forman parte de su plan durante el año. Si un cambio de nuestros proveedores a mitad de año lo afecta, comuníquese con Servicios para Miembros para que podamos ayudarlo.

Sección 2.4 – Cambios en los beneficios de los servicios médicos

Tenga en cuenta que el *Aviso anual de cambios* le informa los cambios en sus beneficios de Medicare y de MassHealth (Medicaid).

Estamos cambiando los costos y beneficios de ciertos servicios médicos para el próximo año. La siguiente información describe esos cambios.

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
Beneficio complementario, obligatorio **Servicios y suministros de venta libre (OTC)/Alimentos y productos** El límite del beneficio puede utilizarse para los artículos del beneficio OTC, este beneficio para Alimentos y productos, o una combinación de ambos.	$75 por mes, $900 por año. No se transfieren al siguiente mes.	$115 por mes, $1,380 por año. No se transfieren al siguiente mes.
Medicamentos de la Parte B de Medicare, terapia escalonada	No está cubierto	Cubierto (Parte B a Parte B)
Transporte, no de emergencia, no médico	Social, 8 viajes de ida o vuelta al mes	10 viajes de ida o vuelta al mes

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
Condiciones crónicas (definidas para el beneficio SSBCI para OTC/Alimentos y productos)	Condiciones crónicas definidas por los CMS	Los CMS definieron condiciones crónicas y el Plan ha agregado los siguientes diagnósticos para calificar como condiciones crónicas: artritis y osteoporosis
Zapatos/plantillas terapéuticas para diabéticos	Se necesita autorización previa.	Se necesita autorización previa para los zapatos/plantillas terapéuticas para diabéticos que cuesten $500 o más.
Servicios y suministros para la diabetes	Se necesita autorización previa.	Se necesita autorización previa para los servicios y suministros para diabéticos que cuesten $500 o más.
Procedimientos de diagnóstico	Se necesita autorización previa.	La autorización previa puede aplicarse a algunos procedimientos y pruebas de diagnóstico, como la radioterapia intensiva modulada (IMRT)
DME	Se necesita autorización previa.	Se requiere autorización previa para el DME que cueste $500 o más

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
Transporte, Servicios de ambulancia terrestre	Se necesita autorización previa.	No se requiere Autorización previa excepto para el transporte que no sea de emergencia en ambulancia cuando sea médicamente necesario y esté documentado que el estado del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona.
Servicios psiquiátricos, sesión grupal	No se necesita autorización previa.	Solo se requiere autorización previa para una estimulación magnética transcraneal.
Servicios especializados de salud mental, sesión grupal	Se necesita autorización previa.	Solo se requiere autorización previa para una estimulación magnética transcraneal.
Servicios psiquiátricos, sesión individual	No se necesita autorización previa.	Solo se requiere autorización previa para una estimulación magnética transcraneal.
Servicios especializados de salud mental, sesión individual	Se necesita autorización previa.	Solo se requiere autorización previa para una estimulación magnética transcraneal.
Suministros médicos	Se necesita autorización previa.	Se requiere autorización previa para suministros médicos que cuesten $500 o más

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	No se necesita autorización previa.	Se necesita autorización previa. Algunos servicios proporcionados en el entorno hospitalario ambulatorio pueden requerir autorización previa
Servicios de radiografías para pacientes ambulatorios	Se necesita autorización previa.	No se necesita autorización previa.

Sección 2.5 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D

Cambios en nuestra "Lista de medicamentos"

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama Formulario o "Lista de medicamentos". Se proporciona por vía electrónica una copia de nuestra "Lista de medicamentos". La Lista de medicamentos proporcionada electrónicamente incluye muchos (pero no todos) de los medicamentos que cubriremos el próximo año. Si no ve su medicamento en esta lista, aun así podría estar cubierto. **Puede obtener la Lista de medicamentos completa** si llama a Servicios para Miembros (consulte la contraportada) o visita nuestro sitio web (wellsense.org/sco).

Hicimos cambios en nuestra "Lista de medicamentos", que podrían incluir eliminar o agregar medicamentos, cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos o moverlos a un nivel diferente de costos compartidos. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y para averiguar si habrá restricciones, o si su medicamento se cambió a un nivel de costo compartido diferente.**

La mayoría de los cambios en la "Lista de medicamentos" se presentan al inicio de cada año. Sin embargo, durante el año, podemos hacer otros cambios que permitan las reglas de Medicare. Por ejemplo, podemos eliminar inmediatamente los medicamentos

considerados inseguros por la FDA o retirados del mercado por un fabricante de productos. Actualizamos nuestra "Lista de medicamentos" en línea para proporcionar la versión más actualizada de la lista de medicamentos.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos al comienzo del año o durante el año, revise el capítulo 9 de su Evidencia de cobertura y hable con su médico para averiguar cuáles son sus opciones, como solicitar un suministro temporal, solicitar una excepción o buscar un nuevo medicamento. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros.

Cambios en los costos de medicamentos recetados

Nota: Si usted está en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos ("Ayuda adicional"), **la información sobre los costos de sus medicamentos recetados de la Parte D no se aplica a usted.** Le enviamos previamente un documento separado llamado "Cláusula de la evidencia de cobertura para personas que obtienen Ayuda adicional para pagar los medicamentos recetados" (también conocida como "Cláusula de subsidio por bajos ingresos" o "Cláusula LIS"), que informa sobre sus costos de medicamentos. Si usted recibe "Ayuda adicional" y no ha recibido este documento, llame a Servicios para Miembros y solicite la "Cláusula LIS".

SECCIÓN 3 Decidir qué plan elegir

Sección 3.1 – Si quiere permanecer en WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP)

Para permanecer en nuestro plan no necesita hacer nada. Si no se inscribe en un plan diferente o cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, se le inscribirá automáticamente en WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP).

Sección 3.2 – Si desea cambiarse de plan

Esperamos que el próximo año continúe siendo miembro, pero si en 2024 quiere cambiar de planes, siga los pasos a continuación:

Paso 1: conozca sus opciones y compárelas

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente.

- -- O-- Puede cambiarse a Original Medicare. Si se cambia a Original Medicare, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, use el Buscador de planes de Medicare (www.medicare.gov/plan-compare), lea el manual *Medicare Y Usted 2024*, llame a su Programa Estatal de Asistencia del Seguro Médico (consulte la sección 6) o llame a Medicare (consulte la sección 8.2).

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbase en el plan nuevo. Será dado de baja automáticamente de WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP).
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados,** inscríbase en el nuevo plan de medicamentos. Será dado de baja automáticamente de WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP).
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados**, deberá:
    - Enviarnos una solicitud escrita para cancelar su inscripción. Comunicarse con Servicios para Miembros si necesita más información sobre cómo hacer esto.
    - – *o* – Comunicarse con **Medicare**, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

  Si se cambia a Original Medicare y **no** se inscribe en un plan Medicare de medicamentos recetados aparte, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por excluirse de la inscripción automática.

SECCIÓN 4 Cambiar de planes

Si desea cambiar a un plan diferente o a Original Medicare el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigor el 1 de enero de 2024.

¿Hay otros momentos del año para hacer un cambio?

En determinadas situaciones, los cambios también se pueden hacer en otros momentos del año. Por ejemplo, las personas con Medicaid, aquellos que reciben "Ayuda adicional" para pagar sus medicamentos, aquellas que tienen o están abandonando la cobertura de un empleador, y aquellas que se mudan del área de servicio.

Como usted tiene MassHealth (Medicaid), podrá finalizar su membresía a nuestro plan o pasar a un plan diferente una sola vez durante cada uno de los siguientes **Períodos de inscripción especial**:

- Enero a marzo
- Abril a junio
- Julio a septiembre

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1.º de enero de 2024, y no le gusta su elección de plan, puede cambiar a otro plan de salud de Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiar a Original Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1.º de enero y el 31 de marzo de 2024.

Si recientemente se mudó a una institución (como un centro de enfermería especializada u hospital de atención a largo plazo), vive actualmente en una o acaba de mudarse de allí, puede cambiar de plan de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin la cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (ya sea con o sin un plan de medicamentos recetados separado de Medicare) en cualquier momento.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoría gratuita sobre Medicare y Medicaid

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa gubernamental independiente que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. En *Massachusetts*, el SHIP se denomina SHINE (Serving the Health Insurance Needs of Everyone, Al servicio de las necesidades de seguro médico de todos).

Es un programa estatal que recibe financiamiento del gobierno federal para ofrecer asesoramiento **gratuito** sobre el seguro médico local a los beneficiarios de Medicare. Los asesores de *SHINE* pueden ayudarlo si tiene preguntas o problemas relativos a Medicare. Lo pueden ayudar a entender sus opciones del plan de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de planes. Puede llamar a SHINE al 800-AGE-INFO (800-

243-4636). Puede obtener más información sobre SHINE en su sitio web (massoptions.org/massoptions/).

Para formular preguntas sobre sus beneficios de MassHealth (Medicaid), comuníquese con el Centro de Servicio al Cliente de MassHealth (Medicaid): 800-841-2900, TTY/TDD: 800-497-4647, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Pregunte cómo inscribirse en otro plan o regresar a Original Medicare afecta cómo obtiene su cobertura de MassHealth (Medicaid).

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados

Puede calificar para recibir ayuda para pagar los medicamentos recetados. A continuación detallamos diferentes tipos de ayuda:

- **"Ayuda adicional" de Medicare.** Debido a que tiene Medicaid, usted ya está inscrito en "Ayuda adicional", también denominado Subsidio por bajos ingresos. El programa "Ayuda adicional" paga algunas de las primas de sus medicamentos recetados, deducibles anuales y coaseguro. Debido a que usted califica, no tiene un período sin cobertura o una multa por inscripción tardía. Si tiene preguntas acerca de la "Ayuda adicional", llame a:
    - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
    - La Oficina del Seguro Social (Social Security Office) al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. Hay disponibles mensajes automáticos las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o
    - a su oficina estatal de Medicaid (solicitudes).

SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?

Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarlo. Llame a Servicios para Miembros al 855-833-8125. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (Los

representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., del 1 de octubre al 31 de marzo). Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de cobertura de 2024* (contiene información sobre los beneficios y costos del próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios para 2024. Para obtener más información, consulte la *Evidencia de cobertura de 2024* de WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP). La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las reglas que tiene que cumplir para recibir servicios cubiertos y medicamentos recetados. Hay una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web, en wellsense.org/sco. Además, puede llamar a Servicios para miembros para pedirnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura* por correo.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en wellsense.org/sco. Le recordamos que nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores*) y nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario/"Lista de medicamentos")*.

Sección 7.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare

Para recibir información directamente de Medicare:

Llame a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Visite el sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Tiene información sobre los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare de su área. Para ver la información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare.

Lea *Medicare y usted 2024*

Lea el manual *Medicare y usted 2024*. Este documento se envía por correo todos los años en otoño a quienes tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios de Medicare, sus derechos y protecciones, y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este manual, puede obtenerlo en el sitio web de Medicare (https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf) o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 8.3 – Cómo recibir ayuda de Medicaid

Para recibir información de Medicaid, puede llamar a MassHealth (Medicaid) al 800-841-2900 o al 617-573-1770. Los usuarios TTY deben llamar al 800-497-4648. Están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.